

ных с кандидозным эзофагитом составляет 7,1 % (14/197), а при уровне СД4 клеток менее 50 кл/мкл — 10,8 % (12/111), ($\chi^2 = 7,96$, $p = 0,04$, гамма-статистики +0,41 отрицательный знак). В группе больных без кандидозного эзофагита среднее значение СД4 клеток статистически значимо выше и составляет 212,8 (СІ 95 % 192,8–232,8) кл/мкл по сравнению с ВИЧ-инфицированными больными с явлениями эзофагита ($U = 3,5$, $p < 0,001$). Однако значения ВН ВИЧ в группах статистически не отличалось и составляло, соответственно, для больных с и без явлений кандидозного эзофагита (Ме (IQR)) 335589 (133961–792065,5) копий/мл и 164028 (18124–662010,5 копий/мл) ($p = 0,18$). У 96,8 % (30/31) ВИЧ-инфицированных больных с кандидозным эзофагитом наблюдалось сочетанное поражение слизистой полости рта и пищевода ($\chi^2 = 6,7$, $p = 0,009$, гамма-статистики -0,80).

Заключение

Наиболее часто среди ВИЧ-инфицированных больных Гомельской области выявляется грибковая инфекция в виде орофарингеального кандидоза (78,1 %), онихомикоза (7,1 %) и кандидозного эзофагита (6,5 %). Орофарингеальный кандидоз чаще выявлялся у мужчин ($p < 0,001$). Частота выявления орофарингеального кандидоза увеличивается с уменьшением количества СД4 клеток ($p < 0,001$). Возникновением онихомикоза не зависит от пути инфицирования ВИЧ-инфекцией и возраста больных, чаще регистрировался у мужчин ($p = 0,016$), у больных с сочетанным поражением слизистой оболочки и придатков кожи ($p = 0,02$). Была обнаружена зависимость возникновения кандидозного вульвовагинита от возраста женщины, чем моложе женщина, тем больше риск наличия кандидозного вульвовагинита ($p = 0,001$). Кандидозный эзофагит может возникнуть у любого ВИЧ-инфицированного больного не зависимо от пути инфицирования, чаще у мужчин ($p = 0,015$), на фоне выраженной иммуносупрессии (критический уровень СД4 клеток ниже 136 кл/мкл), ($p = 0,04$) и зависит от пораженности слизистой полости рта кандидами ($p < 0,001$).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Антоньев, А. А.* Кандидоз кожи и слизистых оболочек / А. А. Антоньев, Л. А. Бульвахтер, Л. К. Глазкова. — М.: Медицина, 1985. — 155 с.
2. *Левончук, Е. А.* Кандидоз кожи и слизистых оболочек: учеб. пособие / Е. А. Левончук. — Минск, 2007. — 31 с.
3. ВИЧ-инфекция у взрослых и детей. Оппортунистические инфекции и заболевания / Н. В. Матиевская [и др.]. — Гродно: ГрГМУ, 2011. — 400 с.

УДК 616-002.5-092:616.98;578.828НIV

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Угольник Т. С., Дорошкевич О. С.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Туберкулез на современном этапе остается социально значимым и одним из частых оппортунистических инфекционных заболеваний, развивающихся у ВИЧ-инфицированных. Проблема туберкулеза у ВИЧ-инфицированных актуальна для Республики Беларусь и всего мира в целом.

Инфицирование населения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) значительно увеличивает риск развития туберкулеза. По данным литературы [1, 4], одной из причин роста заболеваемости и смертности от туберкулеза является распространение вируса иммунодефицита человека. В развитии, как туберкулеза, так и ВИЧ-инфекции большую роль играют иммунные процессы, прежде всего, связанные с лимфоцитами и клетками макрофагально-моноцитарного ряда. Сочетание туберкулеза с ВИЧ-инфекцией можно рассматривать как 2 взаимовлияющих заболевания. Иммунная система у ВИЧ-

инфицированных утрачивает способность задерживать рост и распространение микобактерии туберкулеза, туберкулез, в свою очередь, снижая уровень CD4-лимфоцитов, усиливает процесс репликации вируса.

Цель исследования

Проведение анализа особенностей течения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных в Гомельской области.

Методы исследования

Нами проведен ретроспективный анализ 19 случаев туберкулеза у ВИЧ-инфицированных с летальным исходом, в УГОТКБ г. Гомеля за первый квартал 2011 г. Установлен возраст-половой состав умерших, изучена структура клинических форм туберкулеза, характеристика специфических изменений и особенностей течения заболевания.

Результаты и обсуждение

Среди умерших преобладали мужчины (12 человек). Максимальная доля летальности находилась в возрастной группе 30–39 лет — 8 человек. Употребление наркотиков отмечено в 14 случаях. Основным сопутствующим заболеванием были вирусные гепатиты, которые зарегистрированы у 7 умерших. Бактериовыделение выявлено в 100 % случаев.

У страдающих туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией отмечали резко выраженную интоксикацию, лихорадку более 1 месяца, кандидоз, диарею, потерю массы тела более 10 % и лимфаденопатию.

При анализе клинических форм поражения легких преобладали генерализованные: диссеминированный — 8 и милиарный — 9 (рисунок 1).

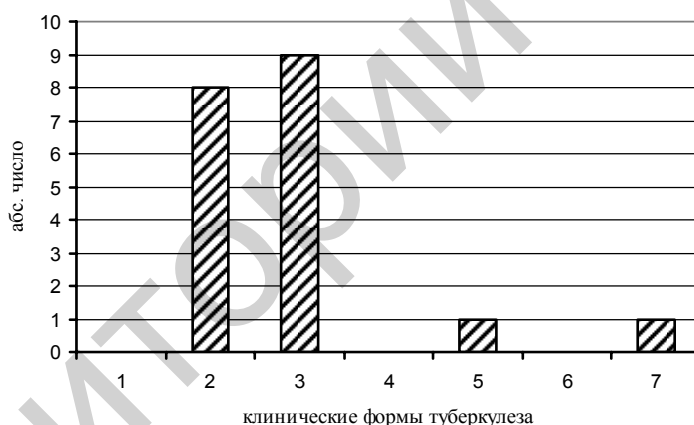


Рисунок 1 — Структура клинических форм туберкулеза легких у ВИЧ-инфицированных с летальным исходом:

- 1 — очаговый; 2 — диссеминированный; 3 — милиарный; 4 — инфильтративный; 5 — казеозная пневмония; 6 — фиброзно-кавернозный; 7 — туберкулома

Изолированные внелегочные очаги без туберкулеза легких не выявлены. Во всех случаях туберкулез носил полиорганный, генерализованный характер, при этом определялось сочетание легочных и внелегочных локализаций туберкулезного процесса. Структура клинических форм внелегочного туберкулеза у ВИЧ-инфицированных с летальным исходом была следующая: туберкулез периферических лимфатических узлов у 12, туберкулез печени — 6, туберкулез кишечника, брюшины, брыжеечных лимфатических узлов — 5, селезенки — 5, туберкулез нервной системы у 1 пациента.

На аутопсии при гистологическом исследовании в легких преобладали альтернативно-экссудативные тканевые реакции при незначительных проявлениях продуктивного компонента воспаления. Некротические фокусы располагались периваскулярно с выраженной лейкоцитарной инфильтрацией, по периферии которых выявлялись единичные эпителиоидные клетки. В перифокальной зоне в просвете альвеол определялась

серозная жидкость, многочисленные нейтрофильные лейкоциты и небольшое количество мононуклеаров. Вокруг некоторых очагов выявлялась слабая продуктивная реакция в виде небольшого количества эпителиоидных и гигантских клеток с наличием рыхлых, хаотично расположенных единичных коллагеновых волокон. Отмечены васкулиты с преимущественным поражением сосудов среднего и мелкого калибра.

Лимфатические узлы были казеозно изменены, в сохранившихся участках наблюдались мелкие эпителиоидные гранулемы. Во внутренних органах при гистологическом исследовании наблюдалась картина острого прогрессирующего туберкулезного процесса.

Во всех случаях туберкулез выявлялся на фоне существующей ВИЧ-инфекции в качестве вторичного заболевания.

По данным литературы [2, 3], развитие туберкулеза у ВИЧ-инфицированных проходит несколько этапов: на первом этапе у пациентов происходит поражение туберкулезом легкого и органов лимфатической системы (лимфатических узлов). Только вторично, на следующем этапе присоединяется гематогенная генерализация с поражением внутренних органов. У пациентов со сниженным содержанием CD4-клеток менее 100 в 1 мкл (поздние стадии ВИЧ-инфекции) развивается острый генерализованный туберкулез, минуя лимфогенную стадию, что быстро приводит к летальному исходу.

Таким образом, туберкулез у ВИЧ-инфицированных развивается как оппортунистическое заболевание, принимая характер острого генерализованного септического процесса.

Заключение

Течение туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией характеризуется развитием острого прогрессирующего процесса с неблагоприятным исходом. Среди умерших преобладали мужчины в возрасте 30–39 лет. Развитие заболевания сопровождалось лихорадкой, интоксикацией, лимфаденопатией и генерализацией туберкулезного процесса. Морфологические изменения характеризовались утратой специфических черт воспаления: отсутствием типичных гранул, выраженным экссудативным компонентом, с преобладанием лейкоцитарной инфильтрации, без признаков отграничения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гуревич, Г. Л. Клиническое руководство по лечению туберкулеза / Г. Л. Гуревич, Е. М. Скрыгин, О. М. Калечиц // ГУ «Научно-исследовательский институт пульмонологии и фтизиатрии» Министерства здравоохранения Республики Беларусь. — 2-е издание. — Минск: Белэкс, 2011. — 125 с.
2. Клинико-морфологические особенности течения туберкулеза при ВИЧ-инфекции / З. Х. Корнилова [и др.] // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2008. — № 10. — С. 13–20.
3. Пантелеев, А. М. Внелегочной туберкулез у ВИЧ-инфицированных / А. М. Пантелеев, Т. А. Савина, Т. Ю. Супрун // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2007. — № 7. — С. 16–19.
4. Sharma, S. K. Progress of DOTS in global tuberculosis control / S. K. Sharma, J. J. Liu // Lancet. — 2006. — Vol. 367. — P. 950–952.

УДК 616.831-005.8:616-052-053.7/.8

СООТНОШЕНИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОДТИПОВ ИНФАРКТОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Усова Н. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность проблемы цереброваскулярных заболеваний в настоящее время не вызывает сомнения. В подавляющем большинстве стран мира мозговые инсульты вышли на второе место среди причин смерти и лидируют среди патологий, вызывающих первичный выход на инвалидность [1, 2].

За период с 1995 по 2006 гг. смертность от цереброваскулярных заболеваний в Республике Беларусь возросла с 170,9 до 204,2 на 100 тыс. населения. Первичная инвалидность после перенесенного инсульта составляет 3,4 случая на 10 тыс. населения [2].